Deutscher Bundestag
9. Wahlperiode

Drucksache 9/2066

29. 10. 82

Sachgebiet 8

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frau Dr. Martiny-Glotz, Frau Dr. Lepsius, Frau Blunck, Dr. Kübler, Frau Dr. Skarpelis-Sperk, Frau Zutt, Ibrügger und der Fraktion der SPD
— Drucksache 9/2030 —

Benachteiligung von Frauen durch die Versicherungswirtschaft

Der Bundesminister der Finanzen – VII B 4 – W 8130 – 35/82 – hat mit Schreiben vom 27. Oktober 1982 im Namen der Bundesregierung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit die Kleine Anfrage wie folgt beantwortet:

1. In welchen Versicherungsverträgen werden für weibliche Versicherte besondere Vertragsbedingungen, Prämien bzw. Beiträge und Leistungen festgelegt, und in welchen Versicherungsverträgen werden trotz signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschiede in den Risiken gleiche Vertragsbedingungen gewährt?

a) In der Lebensversicherung bestehen auf der Beitragsseite – bei gleichen allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und somit gleichen Versicherungsleistungen – folgende Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Versicherten:

— Bei Rentenversicherungen sind die Beiträge für Frauen entsprechend der höheren Lebenserwartung höher als für gleichaltrige Männer.

— Aus demselben Grunde besteht die Möglichkeit, Todesfallversicherungen für Frauen mit niedrigeren Beiträgen als für Männer abzuschließen. Soweit die versicherungstechnischen Voraussetzungen gegeben sind, machen die Versicherungsunternehmen zunehmend von dieser Möglichkeit Gebrauch.

— Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen für Frauen werden entsprechend den höheren Invalidisierungshäufigkeiten und der längeren Invalidisierungsdauer zusätzliche Risikozuschläge auf die Beiträge erhoben. (Derartige Zuschläge werden in der Regel bei solchen Versicherungen auch für Männer mit überwiegend körperlicher Tätigkeit angesetzt.)

b) Im Bereich der Pensionskassen enthalten die Vertragsbedingungen (Satzung, AVB, Tarife) Unterschiede. Die Tarife sehen für Frauen bei höheren Beiträgen gegenüber Männern gleiche Leistungen oder – korrespondierend – niedrigere Leistungen bei gleichen Beiträgen vor. Die Tarife sind außerdem in der Regel so gestaltet, daß Frauen ein früherer Altersrentenbeginn eingeräumt wird.

c) Im Bereich der Sterbekassen können Frauen bei gleichen Beiträgen wie für Männer etwas höhere Leistungen eingeräumt werden. Dies setzt jedoch einen hinreichend großen Frauenbestand voraus. Sofern nur ein geringer Frauenbestand vorliegt, wird hierauf in der Regel aus Gründen der Sicherheit für den Gesamtbestand und einer einfachen Verwaltung verzichtet. Einige Sterbekassen, bei denen vom Mitgliederkreis eine starke Solidarität erwartet wird und verhältnismäßig geringe Sterbegelder versichert werden, erheben unabhängig vom Geschlecht Durchschnittsbeiträge. Das gleiche gilt für einige betriebliche Sterbekassen, bei denen der Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligt ist.

d) In der Krankenversicherung sind die Beiträge geschlechts- (und auch alters-)abhängig. Besondere geschlechtsabhängige Leistungsbestimmungen in den AVB bestehen nur für Schwangerschaft und Entbindung. In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung gelten als Versicherungsfall auch Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung. In der Krankentagegeldversicherung ist die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Schwangerschaft und Geburt vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

e) In der Sachversicherung gibt es nur ein Bedingungswerk mit einer geschlechtsspezifischen Regelung, die sich im übrigen zugunsten der weiblichen Versicherungsnehmer bzw. Versicherten auswirkt, nämlich in der Reiserücktrittskostenversicherung. Und zwar ist der Versicherer dort leistungspflichtig für Reiseunfähigkeit bzw. Unzumutbarkeit von Reiseantritt oder planmäßiger Reisebeendigung auch aufgrund der Schwangerschaft einer Versicherten. Unterschiedliche Prämien zu Lasten der weiblichen Versicherungsnehmer bzw. Versicherten werden aufgrund dieser Regelung nicht erhoben.

f) In der Kraftfahrtversicherung sowie in der Haftpflicht-, der Unfall- und der Rechtsschutzversicherung gibt es für weibliche Versicherte keine besonderen Vertragsbedingungen. Männer und Frauen werden auch hinsichtlich der Prämien und der Versicherungsleistungen gleichbehandelt.

2. Wie werden eventuelle Ungleichbehandlungen von Frauen und Männern hinsichtlich der Prämien bzw. Beiträge von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung begründet und anhand von Statistiken belegt?

In der privaten Krankenversicherung werden die von den Versicherungsnehmern zu entrichtenden Beiträge nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet. Grundlage für diese Berechnung sind die unternehmenseigenen Statistiken eines jeden Krankenversicherers, aus denen sich die Leistungen an die Versicherungsnehmer, aufgeteilt nach Alter und Geschlecht, ergeben. Die Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungstechnik setzen voraus, daß bei einer Beitragskalkulation gleiche Sachverhalte auch gleich berücksichtigt werden. Sie verlangen entsprechend, daß unterschiedlichen Risikomerkmalen – unabhängig von deren Ursachen – durch unterschiedliche Beitragssätze Rechnung getragen wird. Dadurch wird im Interesse der gesamten Versichertengemeinschaft eine möglichst große Beitragsgerechtigkeit verwirklicht. Da aufgrund der Statistiken feststeht, daß die von den Krankenversicherern zu erbringenden Leistungen für Männer und Frauen unterschiedlich sind, ist es auch gerechtfertigt, diese Leistungsunterschiede durch Bildung geschlechtsspezifischer „Gefahrengruppen" dem Personenkreis anzulasten, der sie verursacht. Die unterschiedlichen Beiträge für Männer und Frauen in der privaten Krankenversicherung spiegeln darum auch nur die statistisch erwiesene unterschiedliche Leistungsinanspruchnahme nach Alter und Geschlecht wider. Eine weitergehende Begründung ist für die Beitragskalkulation nicht erforderlich.

3. In welcher Höhe haben die Unternehmen der privaten Krankenversicherung Leistungen an weibliche und männliche Versicherte erbracht, und wie erklären sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Ausgabenseite?

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede auf der Ausgabenseite ergeben sich aus den in der Antwort zur Frage 2 erwähnten Statistiken. Die Gründe für diese Unterschiede sind für die Beitragskalkulation unerheblich. Eine Erfassung der einzelnen Krankheiten ist darum entbehrlich.

Nach einer Statistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. haben die Unternehmen der privaten Krankenversicherung im Jahre 1981 Leistungen in Höhe von insgesamt 8 358,6 Mio. DM (= 100 v. H.) erbracht. Davon entfielen auf

Männer	=	3 814,0 Mio. DM	=	45,63 v. H.
Frauen	=	4 010,5 Mio. DM	=	47,98 v. H.
Kinder	=	534,1 Mio. DM	=	6,39 v. H.
Insgesamt	=	8.358,6 Mio. DM	=	100 v. H.

Bei einer Aufteilung der Gesamtleistungen in einzelne Leistungsarten nach Männern, Frauen und Kindern[1]) ergibt sich folgendes Bild:

Art der Leistung	Prozent		
	Männer	Frauen	Kinder
1. Arztkosten ambulant	41,41	48,81	9,78
2. Zahnbehandlung und -ersatz	47,78	42,87	9,35
3. Krankenhäuser und Heilstätten	39,85	55,29	4,86
davon:			
Pflege- und Nebenkosten[2])	41,82	51,80	6,38
Wahlleistungen (ohne Arzt)[2])	37,81	59,75	2,44
Arzthonorare[2])	39,60	56,97	3,43
4. Krankenhaustagegeld	51,27	44,54	4,19
5. Arzneien und Verbandmittel	41,22	51,44	7,34
6. Heil- und Hilfsmittel (einschl. Röntgendiagnostik)	43,77	47,46	8,77
davon:			
Heilmittel	42,49	49,25	8,26
Hilfsmittel	45,37	45,43	9,20
Röntgendiagnostik	42,99	48,26	8,75
7. Wochenhilfe	–	100,00	–
8. Zusatzleistung im Todesfall	55,98	43,37	0,65
9. Krankentagegeld	86,42	13,55	0,03
10. Sonstige Leistungen	50,54	43,52	5,94
Insgesamt	45,63	37,98	6,39

[1]) Repräsentativerhebung
[2]) Stichprobenerhebung

Diese Statistiken haben einen besonderen Aussagewert, wenn man zusätzlich die folgende prozentuale Aufteilung des Gesamtbestandes an Tarifversicherten nach Versicherungssparten betrachtet:

Versicherungsart	Männer	Frauen	Kinder
1. Krankheitskostenversicherung	43,24	35,69	21,07
2. Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	51,34	39,90	8,76
3. Sonstige selbständige Teilversicherung	38,44	47,55	14,01
4. Krankentagegeldversicherung	83,67	16,20	0,13
Insgesamt	48,12	37,84	14,04

Hier wird deutlich, daß 37,84 v. H. (Frauen) des Gesamtbestandes 47,98 v. H. der Leistungen erhalten.

4. Sieht die Bundesregierung in Fällen der Ungleichbehandlung von Frauen und Männern durch die Versicherungsunternehmen eine Diskriminierung der Frauen?

Eine Diskriminierung zum Nachteil der Frauen liegt keinem der als Antwort zur Frage 1 geschilderten Sachverhalte zugrunde.

Die unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen in der Lebensversicherung und Krankenversicherung sowie im Bereich der Pensions- und Sterbekassen folgt aus der Unterschiedlichkeit der Risiken. Diese sind statistisch nachgewiesen. Das gilt sowohl für die Lebensversicherung, in der die höhere Lebenserwartung der Frauen eine längere Rentendauer und ihre häufigere Invalidisierung gleichzeitig eine größere Zahl Rentenfälle zur Folge hat, als auch für die höhere Leistungsinanspruchnahme durch weibliche Versicherte in der Krankenversicherung.

Soweit im Bereich der Pensions- und Sterbekassen ungeachtet der unterschiedlichen Risiken eine Gleichbehandlung von Männern und Frauen erfolgt, sind hierfür Gründe der Verwaltungsvereinfachung und damit der Kostenersparnis maßgeblich.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die höheren Prämien für alle Frauen bestimmter Altersgruppen in der privaten Krankenversicherung und Krankentagegeldversicherung, wenn man berücksichtigt, daß es auch Frauen gibt, die keine Schwangerschaften haben und auch sonst nicht öfter krank sind als Männer im gleichen Alter?

Der Grundgedanke der Versicherung besteht darin, viele, die von einem gleichen Risiko bedroht sind, zusammenzuschließen, um aus ihren Beiträgen denjenigen, die der Eintritt einer solchen Gefahr tatsächlich trifft, für den dadurch eintretenden wirtschaftlichen Bedarf einen Ausgleich zu gewähren. Eine derartige Gefahrengemeinschaft wird in der privaten Krankenversicherung – wie in der Antwort zu Frage 2 dargelegt – nach den anerkannten Regeln der Versicherungstechnik aufgrund statistisch belegter Merkmale, die sich aus Alter und Geschlecht ergeben, in Gefahrengruppen unterteilt. Innerhalb dieser Gefahrengruppen, d. h. innerhalb der statistisch nach bestimmten Merkmalen erfaßten Gruppe, gibt es immer sowohl „gute" als auch „schlechte" Risiken, ohne daß sich insgesamt die Kriterien für die Einstufung in eine bestimmte Gruppe ändern. Die Tatsache, daß einzelne Frauen in der privaten Krankenversicherung keine höheren Leistungen als Männer beanspruchen, rechtfertigt es darum auch nicht, sie versicherungstechnisch als Männer zu behandeln und ihr insgesamt höheres Risiko von einer anderen Gruppe, nämlich der der Männer, mittragen zu lassen.

In der Krankentagegeldversicherung spielt das Schwangerschaftsrisiko im übrigen keine Rolle (vgl. Buchstabe d der Antwort zur Frage 1).

6. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, welche Krankheiten jüngere Frauen, die höhere Beiträge in der privaten Krankenversicherung zahlen müssen, haben, von denen Männer in diesem Alter nicht betroffen sind?

Statistische Unterlagen über die einzelnen Krankheiten, getrennt nach Männern und Frauen, liegen der Bundesregierung nicht vor. Es liegen nur statistisch gesicherte Erkenntnisse darüber vor, daß die privaten Krankenversicherer für Frauen höhere Leistungen als für Männer zu erbringen haben (vgl. Antwort zur Frage 3). Ergänzend sei bemerkt, daß nach einer Statistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. aufgrund von Beobachtungen im Jahre 1980 sich folgendes ergeben hat:

Werden die Versicherungsleistungen für 28 Jahre alte männliche Versicherte gleich 100 gesetzt, so zeigt sich, daß bei gleichaltrigen Frauen die Leistungen für Arzneien und ambulante ärztliche Behandlung mehr als doppelt, für Krankenhausbehandlung beinahe viermal so hoch sind.

7. Werden Frauen über die unterschiedlichen Leistungen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung, z. B. Mutterschaftsgeld, bei Schwangerschaft und Folgeerkrankungen, Kuren, Rehabilitationsmaßnahmen, Freistellung von erwerbstätigen Müttern und Vätern zur Pflege erkrankter Kleinkinder, Haushaltshilfe für Kleinkinder bei Erkrankung der nichterwerbstätigen Mütter sowie bei nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen, vor Abschluß von Versicherungsverträgen nach Meinung der Bundesregierung ausreichend informiert?

8. Hält die Bundesregierung es für erforderlich, die unterschiedlichen Leistungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vergleichend darzustellen, oder müßte evtl. in der Werbung der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf die Leistungen bzw. Leistungsausschlüsse ausdrücklich hingewiesen werden?

Aufgrund der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung hat nur ein geringer Teil der Bevölkerung das Recht, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wählen. Der Personenkreis ist mithin eingeschränkt. Nach Auffassung der Bundesregierung haben diese Bürger ausreichende Möglichkeiten, sich vor Vertragsabschluß eingehend über die unterschiedlichen Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu unterrichten.

Die privaten und die gesetzlichen Versicherer, aber auch ihre jeweiligen Verbände, stellen umfangreiches Informations- bzw. Werbematerial zur Verfügung. Auch eine individuelle Beratung ist möglich. Vergleichende Darstellungen über die unterschiedlichen Leistungssysteme der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung sind darüber hinaus gelegentlich auch in Verbraucherzeitschriften erschienen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt überdies folgendes:

Nach § 13 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuchs (SGB) sind u. a. auch die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach dem SGB aufzuklären. § 14 des Allgemeinen Teils

SGB gibt jedermann einen Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch; in Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich der Anspruch gegen die gesetzlichen Krankenkassen.

Allerdings sind diese Krankenkassen nur verpflichtet, über die im Rahmen der Sozialversicherung und insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen Auskunft zu geben. Dies geschieht durch persönliche Beratung, aber auch durch Aushändigung von Informationsmaterial und der Satzung der betreffenden Krankenkasse, in der die dem Versicherten zustehenden Leistungen aufgeführt sind. Eine Verpflichtung, auch über die unterschiedlichen Leistungen von privater und gesetzlicher Krankenversicherung zu informieren, besteht nicht und wird nach Kenntnis der Bundesregierung von den Kassen im allgemeinen auch nicht wahrgenommen.

Von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung kann ebenfalls nicht verlangt werden, daß sie in der Werbung auf Leistungsunterschiede zur gesetzlichen Krankenversicherung hinweisen; hierfür gibt es keine Rechtsgrundlage. Eine solche einseitige Hinweispflicht ist auch nicht erforderlich.

9. Treffen Behauptungen zu, daß Versicherungen die Erfüllung von Schadensersatzforderungen oder Ansprüchen auf Leistungen aus Versicherungsverträgen zeitlich hinauszögern bzw. nicht oder unzureichend anerkennen, und wie viele Frauen und Familien sind deshalb auf Sozialhilfe angewiesen?

Die Bundesregierung kann diese Behauptung in der vorliegenden Form nicht bestätigen. Nach den Erkenntnissen der Bundesregierung wird in Beschwerden über Versicherungsunternehmen, die beim Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen eingehen, seit mehreren Jahren gleichbleibend in etwa 11 v.H. der Beschwerden als Beschwerdegrund „verzögerte Schadenbearbeitung" genannt. Etwa der Hälfte dieser Beschwerden konnte durch das Bundesaufsichtsamt abgeholfen werden. In diesem Zusammenhang wird man allerdings beachten müssen, daß der Versicherer im Interesse der übrigen Versicherten vor der Zahlung einer Entschädigung den Anspruch des Geschädigten dem Grunde und der Höhe nach zu prüfen hat und diese Prüfungen in der Regel einige Zeit in Anspruch nehmen.

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0722-8333